

CANAL

abierto

Nº 6 Septiembre 2002

**Nuevo
Directorio**

**Cuenta
Presidencia
2001-2002**

LightSpeed

**Entrevista:
Prof. Dr. Steve
Senia**



**Sociedad de Endodoncia
de Chile**



directorio

SECH 2002 - 2004 SOCIEDAD DE ENDODONCIA DE CHILE

Presidenta

Dra. Ursula Tilly Ebensperger

Vice Presidenta

Dra. Gaby Queyrie Henry

Secretaria

Dra. Magdalena Durones Burgalat

Pro Secretario

Dr. Eduardo D'Acuña Ugarte

Tesorero

Dr. Enrique Cuadrado Morales

Pro Tesorero

Dr. Arturo Guastavino Vargas

Directores

Dra. Marcia Antúnez Riveros

Dra. Concepción Lobato Jiménez

Dra. Yelena Salinas Milos

Dra. Claudia Umutla Manríquez

Paul-President

Dra. Ana María Abanca Villaseca

Asesores

Coordinación de Grupos de Estudio

de Provincia: Dr. Claudio Vera M.

Página Web: Dr. Andrei Berdichevsky.



En asamblea el día 17 de agosto, asume la Presidencia de la Sociedad de Endodoncia de Chile la Dra. Ursula Tilly E. y se despiden a la Dra. Ana María Abanca V.

nuevos miembros de la SECH

• Dra. Bernardita Cayo

• Dr. Sergio Cerda

• Dra. Luz Guajardo

• Dra. Deborah Macías

• Dra. Paula Manríquez

• Dra. Loreto Maturana

• Dra. Catalina Pérez

• Dr. Jorge Pérez

Se Reintegró:

• Dra. Ely Penna Blanco

Fé de Erratas

El trabajo de los Dres. Goldberg y Frajlich aparecido en el número 5 de Canal Abierto, fue publicado en la Revista de la Asociación Odontológica Argentina, vol. 89 N° 4, Julio-Agosto 2001.

comité editorial

Directora

Dra. Yelena Salinas M.

Comité Editorial

Dra. Concepción Lobato J.

Dra. Gabry Queyrie H.

Dra. Ursula Tilly E.

Dra. Claudia Urrutia M.

Diseño e Impresión

Apex Ediciones

e-mail: ediciones@apex.cl



Amigos:

Tal vez es nuestra especialidad la que ha afluído la mayor revolución tecnológica durante los últimos años, tales como la instrumentación mecanizada, la utilización de localizadores apicales electrónicos, la radiocirugía, el ultrasonido y el uso del microscopio quirúrgico, como los más importantes. Por supuesto, incorporar estos avances implica también aumentar considerablemente los costos. Al parecer son los tiempos económicos actuales los que nos impiden asumir esta tecnología, pero tan bien nos hacen reflexionar y crecer. Es difícil pensar olvidar el dolor odontológico o realizar una rehabilitación oral sin haber

desde un Endodonto enterado con los conocimientos y medios adecuados para enfrentar nuestra especialidad con mayor seguridad y un mejor pronóstico para de volver la salud, que es nuestro principal objetivo en nuestro quehacer diario. Por esta razón es importante que la Endodoncia obtenga el reconocimiento y dignidad que se merece, hoy en día se requiere una gran inversión para tener acceso a esta al la tecnología, pero la ciencia nos está de mostrando cada vez más que con ella podemos lograr mayor certeza en nuestros tratamientos. ¿Hasta cuándo podremos de jar pasar la tecnología sin que altere nues tra ética?

El éxito de cada una esta íntimamente relacionado con la unión con que podamos luchar para obtener nuestro lugar en la sociedad; es preciso reforzarnos y aún la clar más en capacitarnos, aumentar nue tra creatividad y habilidades con el conocimiento basado en la ciencia para obtener los bases reales que sustenten en forma consistente nuestro trabajo clínico.

Los invitamos a compartir esta nueva edición, esperamos que sea un aporte a este camino sin fin que es la actualización y los nuevos conocimientos.

Dra. Yelena Salinas

cartas al director

NOVA-SOUTHEASTERN UNIVERSITY
COLLEGE OF DENTAL MEDICINE

June 18, 2002

Dra. Yelena Salinas M.
Directora Revista "Casal Abierto".

Estimada Dra. Salinas:

Por medio del presente e-mail, le confieso que he recibido la revista Casal Abierto, N° 5 del mes de marzo del presente año, donde aparece el artículo sobre el encuentro Ibero-Latino-Americano.

Asimismo, le quiero felicitar por tan noble labor de dirigir la revista, sé los sacrificios que se hacen para poder llegar la edición de una revista. Le informo que el ejemplar está puesto en nuestra biblioteca, ya que la mayoría de nuestros alumnos hablan el idioma español. Si desea Ud. seguir enviando la revista, con todo gusto la catalogaremos y será puesta en la biblioteca para consulta de los profesores, así como de los alumnos tanto de pregrado como de posgrado.

Sin nada más por el momento, le saludo a Ud. muy atentamente

Dr. Sergio Kattler

Associate Professor and Chairman Department of Endodontics
Associate Director Postgraduate Endodontics
Director Advanced Education Programs

Cartas al Director, preguntas, inquietudes o sugerencias
pueden dirigirse a: Casilla 30602 Correo 38 - Las Condes

Secretaría SECH: Srta. Susana Muñoz R.
Fono-Fax 274 01 24 v.e-mail: susanemu@hotmail.com
Página Web: www.socendochile.cl

Nombramiento de Socios Honorarios

Nos hubiera gustado tener una ceremonia especial para cada uno de ellos, con un nombramiento individual, pero ante tres brillantes personalidades de la Endodoncia, 9 ó 10 reuniones anuales son insuficientes para hacerles un homenaje como quisiéramos. Por esto decidimos reconocerlos, a la Dra. Pabla Barrientos, al Dr. Juan M. Gutiérrez y al Dr. Sergio Acosta, con aportes a la Endodoncia chilena y del mundo, en esta sesión tan especial para nosotros como Sociedad, y proclamarlos Socios Honorarios, lo que hace que SECH se consolide aún más como una entidad con trayectoria en el tiempo y orgullosa de los aportes de estos distinguidos profesionales.



Entonces, ¿cómo nombrar primero, por ejemplo, a nuestro querido amigo Profesor Dr. Juan Hugo Gutiérrez, citado y reconocido por destacadas conferencias e investigaciones de todo el mundo por sus brillantes investigaciones y publicaciones, y no nombrar al mismo tiempo a nuestra querida socia Dra. Pabla Barrientos, quien ha participado en nuestra Sociedad desde sus comienzos, con su generosa entrega en puestos directivos (muchas veces como Presidente), tratando de darle un nombre a la Endodoncia chilena, quizás a veces a expensas de su vida personal?; reconocemos especialmente su cariño a esta Sociedad y hoy los que la sucedemos tenemos los encargados de que se sienta orgullosa de esta entidad a quien ella ha dado un pedazo de su vida.

¿Cómo nombrar a los dos anteriores como Socios Honorarios y no a nuestro Profesor Dr. Sergio Acosta, titular de la Asignatura de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, quien ha dirigido el curso de Especialización en Endodoncia durante muchos años, nos ha formado y entregado al mundo odontológico y a nuestra Sociedad a destacados especialistas, muchos de los cuales se encuentran aquí y que comparten junto a él esa importante labor académica, la de enseñar?

Es por eso que hemos querido simbólicamente unir docencia-clínica e investigación, eslabones que juntos forman lo que es la Endodoncia actual, y agradecer el aporte que cada uno de ellos ha entregado a nuestra querida especialidad, realizando este Homenaje en el que se los nombra Socios Honorarios de la Sociedad de Endodoncia de Chile.

Gracias Profesores

Dra. Ana María Abasco

Segunda Sesión

La Presidenta de la Sociedad de Endodoncia de Chile, Dra. Ana María Abasco, hace entrega del Nombramiento de Socios Honorarios a los Dres. Juan Hugo Gutiérrez, Pabla Barrientos y Sergio Acosta.

nuevos conceptos

ENDODONCIA

El Diámetro del Conducto: La Dimensión Olvidada

Dr. Steve Senia (Publicado en «Dentistry Today», mayo de 2001)

El Dr. Steve Senia es un diplomado de la Junta Americana de Endodoncia, un ex-miembro del Consejo Editorial del Journal de Endodoncia, y un consultor para el programa espacial de NASA. Él ha dado conferencias a través del mundo y ha publicado artículos extraordinarios. El Dr. Senia es el coautor de LightSpeed y miembro de la Junta de Directores de LightSpeed Endodontics. Él puede ser contactado vía internet en la dirección: drstevesenia@aol.com

Durante el Congreso de la Asociación Americana de Endodóncitas de 1999, escuché durante 3 horas mientras dos endodóncitas de renombre debatían una pregunta: ¿Cuál es la longitud ideal de trabajo para la instrumentación del conducto? Una conferencista creía que los conductos deberían ser instrumentados ligeramente pasado el foramen. El otro conferencista creía que los conductos deberían ser instrumentados hasta antes del foramen (justo cemento-destinado).

Después de que todo había sido dicho y discutido, las 3 horas de discusión terminaron en la pregunta sobre si una diferencia en longitud de trabajo de 0,7 a 1 mm realmente significa una diferencia en determinar el éxito o el fracaso. ¿Era una conferencia en lo correcto y el otro equivocado? Los dos son respetados expertos, y los dos dieron excelentes conferencias.

A través del debate, yo pensaba a menudo en lo que mi difunto amigo y colega, el Dr. Carl Hirsch, de Canadá, dijo una vez: «En la Endodoncia, el diámetro del conducto es la dimensión olvidada». ¿Por qué ganamos tanto tiempo en discutir y argumentar sobre la longitud de trabajo y al mismo tiempo ignoramos completamente el diámetro del conducto? Yo me preguntaba por qué los conferencistas no se refirieron a la importancia de preparar los conductos al diámetro correcto. Tal vez ninguno de los conferencistas lo consideraba importante.

¿Por qué se ha ignorado tanto el diámetro del conducto? Porque no tenemos con una forma de saber cuál es el diámetro; nuestros instrumentos no nos lo dicen.

La Importancia del Diámetro

Un conducto tiene una longitud y un diámetro, y ambos deben ser considerados en el proceso de la limpieza. En cuanto al diámetro, ¿tiene sentido el pensar que un conducto con un diámetro tamaño 50 puede ser limpiado con un instrumento tamaño 25? Si uno hace el cálculo (el área = $\pi (r)^2$ x el radio al cuadrado), eso explica que un instrumento tamaño 25 sólo llena el 25% del área de cure seccional del conducto, y no el 50% como uno podría creer. De modo que hagamos la pregunta nuevamente: ¿Puede 1 mm. de diferencia en la longitud de trabajo decidir el éxito cuando se utiliza un

instrumento tamaño 25 para limpiar un conducto tamaño 50? ¿Desde luego que no! Verdaderamente me preocupa que muy pocas personas le den importancia al diámetro del conducto. ¿Por qué no? Creo que somos esclavos del pasado, reacios a romper el molde normal de las tradiciones, opiniones y mitos. Ni siquiera queremos escuchar lo que las investigaciones de calidad dicen. Todavía creemos que «lo que funciona para mí» es suficientemente bueno. «Lo que funciona para mí» no es ciencia. La ciencia es predecible y funciona para todo el mundo.

¿Por qué se ha dejado tan de lado el diámetro del conducto? Porque no tenemos forma de saber cuál es el diámetro. Nuestros instrumentos no nos lo dicen. La mayoría de los instrumentos son conformes. Tienen el diámetro más

Tabla 1. Tamaños Sugeridos de Preparación Apical Maxilar

	Compendium 1990	LightSpeed 1997	J. Hirschman, 1977
Central y Lateral B1	60-70		60-90
Canoio 80	60		50-70
Precurvar 45-80	50-60		35-60
Molue MB1* 45	45		35-60
Distal Bucal* 45	40		40-60
Palatine* 60	50		80-100

*JOE 10/99 MB: 40-55

DB: 40-55

Palatine: 55-80

pequeño en la punta, y el diámetro aumenta hacia el mango. Los instrumentos conformes se trabajan corrientemente en el conducto, causando que la mayoría del sentido ticticil sea perdido apicalmente, cuando en la mayoría de los casos la parte apical del conducto ha sido insuficientemente preparada (no está limpia).

Tabla 2. Tamaños Superiores de Preparación Apical Mandibular

	Compendium 1991	LightSpeed 1997	J. Endodon. 1977
Inclive	60	60	45-70
Canino	80	55	50-70
Premlar	45-80	55	50-70
Molar MB	45	40-45	35-45
Molin Lingual	45	40-45	35-45
Distal	60	50	60-80

No Creer en el Mito

Una de mis citas favoritas proviene de un texto de J.F. Kennedy: «El gran enemigo de la verdad no es a menudo lo difiriendo, lo fabricado y lo desconocido, sino que el mito persistente, persuasivo e irreal. Nosotros gozamos de la comodidad de la opinión sin la incomodidad del pensamiento».

La idea de que los conductos tienen un diámetro apical pequeño es uno de los mitos en la Endodoncia. Muchos dentistas todavía creen que el instrumentar conductos a tamaños 20, 25 ó 30 es adecuado en la mayoría de los conductos de molares. ¿Se debe eso a que han tenido «experiencias» con la instrumentación tratando de preparar conductos, especialmente conductos curvos, a tamaños más grandes que esos? ¿Se debe a que trabajamos tan duro nada más que para hacer llegar esos instrumentos a la longitud de trabajo? Cualquiera sea la razón, el resultado es el mismo: se sacrifica la limpieza apical.

La investigación ha demostrado que apicalmente los conductos son mucho más grandes de lo que nosotros pensamos en el pasado (3,7).

Aunque el tamaño promedio de la constricción apical es aproximadamente un tamaño 25 ó 30 (0.25 a 0.30 mm. de diámetro), de 1 a 3 mm. corrientemente de la constricción, la mayoría de los conductos son mucho más grandes. Consultar las Tablas 1 y 2 para ver los tamaños superiores de preparación apical basados en los resultados de estos estudios.

En el pasado no era mucho lo que podíamos hacer para aplicar esa información. Nuestros instrumentos rígidos de acero inevitablemente simplemente no podían ser utilizados para alcanzar los tamaños apicales recomendados.

Por esa razón, creímos en el mito de que el limitado circunferencial podía sustituir tamaños apicales más grandes (corrientemente sí, apicalmente no). O nos conformamos con otro mito, que nos asegura que nuestros niveles de éxito son tan altos que no necesitamos preocuparnos. Después de todo, la mayoría de nuestros casos salen bien de todas maneras. Pero si eso es en realidad un hecho, ¿por qué tienen tantos endodentistas que gastar casi un tercio de su tiempo volviendo a tratar endodencias que fracasaron? Y eso ni siquiera incluye los fracasos endodéuticos que son simplemente extraños.

Consultar las Tablas 1 y 2 nuevamente y preguntarse si ustedes están normalmente preparando conductos a los tamaños superiores de diámetro apical. Los tamaños indicados en las Tablas 1 y 2 fueron tomados de tres estudios independientes, con casi 20 años de diferencia (1-3). Otro estudio reciente (6) puede ser agregado a la lista (Tabla 1). Si ustedes no están de acuerdo con esos estudios, compruébenlos ustedes mismos. Efectúen un corte seccional en dientes extraídos y midan el diámetro más grande del conducto sin preparar, 2 a 3 mm. del ápice. Si ustedes estudian tantos cortes seccionales como yo lo he hecho, quedarán absolutamente convencidos de que esos estudios anatómicos son correctos.

Entonces, ¿qué sucede si los conductos son más grandes? ¿Qué importancia tiene? Es importante, porque sabemos que las bacterias (infecciones) causan problemas endodéuticos, y que la esencia de la Endodoncia es la de limpiar conductos (eliminar las bacterias). Aprendamos eso

en la clase elemental de endodoncia. Los conceptos básicos no han cambiado. La limpieza reduce el número de bacterias y reduce la posibilidad de reinfección. Si no limpiamos bien el conducto, puede ser que tenga que ser tratado nuevamente (o extraído) con costo para nosotros o para el paciente.

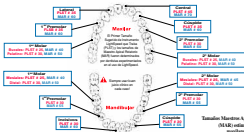
Si el paciente experimenta dolor después del tratamiento, puede ser porque el cuerpo está luchando para eliminar la infección que nosotros podríamos haber removido, o porque el tejido pulpar apical fue herido por nuestra instrumentación en lugar de ser removido.



Figura 1

El instrumento LightSpeed.

**Primer Tamaño Sugirió de Instrumento LightSpeed que Trabaja (PLST):
Tamaños Estimados de Instrumento Maestro Apical Rotatorio (MAR)**



Tamaños Maestros Apicales Rotatorios (MAR) estimados para dientes maxilares y mandibulares.

Una Instrumentación de Diseño Único

Basándose en la importancia del diámetro del conducto descrita arriba, se creó un sistema de instrumentación para conductos radiculares, llamado LightSpeed (Fig. 1). Tal como con todo lo que hemos aprendido en la odontología, toma tiempo aprender a utilizar esta nueva tecnología correctamente. Puede ser que todos ya están utilizando instrumentos de níquel-titanio y no ven una razón para cambiar. Sin embargo, deben considerar que un estudio reciente demostró que los instrumentos conformes de níquel-titanio (no limpiados los conductos mejor que aquellos instrumentos fabricados con acero inoxidable) (1,8). ¿Por qué? Porque los tamaños de las preparaciones apicales eran los mismos.

El diseño único de LightSpeed les permitirá limpiar conductos a los diámetros apicales correctos rápida y fácilmente sin sobrepasar la parte coronaria del canal. A diferencia de un instrumento tradicional con diseño conforme, la parte más grande del instrumento LightSpeed está en la punta. Un beneficio de este diseño es que se tiene una remoción táctil más exacta. La parte activa del instrumento LightSpeed es muy corta (0.25 a 1.75 mm.) y no tiene

configuración reduce la fricción, ayudando así a facilitar el avance del instrumento.

El diseño de LightSpeed también tiene la habilidad de suministrarle al dentista un tamaño Maestro Apical Rotatorio (MAR) estimado para cada conducto. Esta información es suministrada para los dientes maxilares y mandibulares en la Guía Técnica de LightSpeed (Fig. 2)(5). Los tamaños Maestros Apicales Rotatorios (MAR) propuestos por LightSpeed (y apoyados por otros estudios) pueden ser utilizados como una guía para saber cuándo la parte apical del conducto ha sido limpiada. Los instrumentos LightSpeed, siendo altamente flexibles, pueden preparar conductos con seguridad a tamaños grandes (según el dictado del tamaño del conducto), así cuando los conductos tienen considerables curvaturas apicales.

Conclusión

El diámetro del conducto ha sido la dimensión olvidada en la Endodontia. Al comprender la importancia del diámetro, diseñando los autos y utilizando la instrumentación correcta, podemos lograr tamaños de diámetros correctos y producir conductos limpios que son más fáciles de obtener.

Bibliografía

1. Kevkes K, Tenstad L. Observaciones morfológicas en conductos radiculares de dientes anteriores humanos. J Endodont. 1977; 3: 20-28.
2. Kevkes K, Tenstad L. Observaciones morfológicas en conductos radiculares de premolares humanos. J Endodont. 1977; 3: 34-38.
3. Kevkes K, Tenstad L. Observaciones morfológicas en conductos radiculares de molares humanos. J Endodont. 1977; 3: 114-118.
4. Saldaña CL, Riggs JT. Un concepto novedoso predictivo de la preparación endodóntica. Compendium. 1991; 12: 650-661.
5. LightSpeed technology, Inc. Guía Técnica LightSpeed y SingleFile, febrero 2001.
6. Gani O, Verritas C. Diámetro apical del conducto en el primer molar superior en varios edades. J Endodont. 1990; 25: 689-691.
7. Hage CJ. Mediciones microscópicas de preparaciones de conductos radiculares después de la instrumentación. J Br Endodont. Nov. 1968; 2: 41-46.
8. Dufresne BC, Gutter D, Phillips C, et al. Reducción bacteriana con instrumentación rotatoria de níquel-titanio. J Endodont. 1998; 24: 763-767.

Dr. Steve Senia

Diplomado de la Junta Americana de Endodoncia. Coinventor de LightSpeed.

Usted ha dedicado su vida a la investigación, a la enseñanza y a la práctica de la Endodoncia.

¿Cuál de estas áreas le ha dado mayores satisfacciones?

No puedo seleccionar una porque las tres me han otorgado igual satisfacción.

La investigación me desafió a encontrar un estudio pertinente y a formular una metodología que asegurara objetividad y evitara prejuicios.

La enseñanza me proporcionó un ambiente académico y una forma de mantenerme al tanto en la Endodoncia. He sido afortunado de haberlo enseñado principalmente a estudiantes de postgrado. A ese nivel los estudiantes gozan de una excelente capacitación y madurez. Yo los estimulé a que hagan preguntas y a que manifesten su opinión cuando no están de acuerdo conmigo. Quiero que mis estudiantes piensen independientemente. No creo en producir estudiantes según un molde.

La práctica dental me mantuvo en contacto con el aspecto clínico de la Endodoncia. Yo disfruté los desafíos presentados por diagnósticos difíciles. También disfruté el realizar tratamientos de conducto en dientes de anatomías difíciles, cirugía maxilar, alivio de dolor, etc. Yo no quería ser solamente un "profesor de pura habla".

Usted inventó LightSpeed. ¿Qué lo motivó a crear esta nueva tecnología? ¿Cuáles son los fundamentos?

Mi motivación se desarrolló a través de muchos años, nacida de la frustración de utilizar instrumentos con diseños inadecuados. Esos instrumentos no lograban lo que necesitaban hacer. Erán demasiado rígidos para seguir curvaturas tridimensionales y no permanecían en el conducto donde debían estar. Al final con un instrumento conforme había una transición desigual de dentina: muy poco en el área apical y demasiado en el área coronaria. Algo que me molestaba especialmente era el tener que aceptar límites sobre los tamaños de más finas apicales maestras; había que mantenerlos pequeñas o aceptar accidentes causados por la rigidez de los instrumentos.

Un día yo estaba dando una conferencia sobre los instrumentos existentes para el tratamiento de conductos radiculares. Uno de mis alumnos de postgrado, el Dr. Bill Wiley, expresó interés en lo que yo había dicho y tomó la misma conciencia que yo. Juntos enfrentamos el desafío de diseñar un nuevo instrumento. La primera generación de instrumentos LightSpeed (Canal Master) fue nuestro resultado.

Los instrumentos rígidos no siguen el canal original, en lugar de eso, efectúan modificaciones no convenientes en el conducto. Por eso diseñamos LightSpeed para que fuera muy flexible. Los instrumentos con una parte activa larga y conforme con las paredes del conducto indiscriminadamente. Remueven dentina en todos los puntos donde tocan una pared del conducto. Por esa razón nuestro diseño tiene una parte activa corta. Y finalmente porque no existe semejante cosa como una concavidad uniforme del conducto ni un diámetro apical uniforme del conducto, determinamos que un instrumento con una parte activa corta, sin concavidad, podía limpiar y conformar un conducto según la concavidad y tamaño de la anatomía actual. Mientras otros sistemas siguen la filosofía de "un tamaño le calza a todo", nosotros creemos que es mejor el adaptar individualmente el tamaño y la concavidad de la preparación al tamaño y concavidad de la anatomía del conducto.

¿Cuándo fue creado LightSpeed y cómo se ha desarrollado hasta el presente?

LightSpeed fue un instrumento de cuarta generación. La primera generación fue introducida al mercado en 1987 y se llamaba Canal Master. Después de un par de años la segunda generación fue



introducida como Canal Master "U". Esos instrumentos fueron fabricados con acero inoxidable. La tercera generación fue fabricada con níquel-titanio y se usaba manualmente. Nunca fue introducida al mercado, pero los estudiantes de postgrado de la Escuela Dental de la Universidad de Texas en San Antonio la usaron extensamente por varios años antes de cambiarse a LightSpeed. En 1994, los instrumentos LightSpeed fueron introducidos al mercado. Curo que vale la pena mencionar que el diseño básico nunca ha cambiado porque la investigación fue realizada antes de que los instrumentos fueran vendidos. Todas esas generaciones de instrumentos han tenido gran flexibilidad, una parte no constante (piston), una parte activa corta y un vástago no constante.

¿Cuáles son las ventajas de LightSpeed con respecto a otras técnicas, manuales y rotatorias?

El diseño único de LightSpeed le otorga ventajas que los otros sistemas manuales y rotatorios no tienen. Los instrumentos LightSpeed tienen tal flexibilidad que virtualmente eliminan el transporte dentro del conducto. LightSpeed puede calibrar el tamaño apical del conducto antes de la instrumentación y también le ayuda al dentista a decidir cuándo la preparación apical ha sido completada. Esta característica es esencial para limpiar correctamente esta parte, la más importante (la posición apical) del conducto radicular. LightSpeed proporciona una excelente retroacción táctil. El clínico sabe lo que está sucediendo dentro del conducto durante la instrumentación. Además, el tener una parte activa corta, tamaños intermedios, altas

revoluciones, bajo torque, y un movimiento de pistones que reducen considerablemente las fuerzas de torsión y de flexión sobre el instrumento, reducen las posibilidades de que se fracturen los instrumentos.

Cómo mencioné antes, no puedo recalcar suficientemente cuán firmemente creemos que es mejor adaptar individualmente el tamaño y cantidad de la preparación al tamaño y cantidad de la anatomía del conducto. Otros sistemas siguen la filosofía de "un tamaño le calza a todos". Yo no puedo comprender cómo algunas personas creen que debemos preparar conductos a un tamaño apical pequeño con cantidades 0.02, 0.04, 0.06 en cada caso. Nosotros no usamos todos el mismo tamaño de zapatos. ¿Por qué entonces creer que debemos preparar conductos individuales con la misma conformación sin importar su anatomía? Para mí eso no tiene ningún sentido.

¿Qué técnica utiliza usted para obtener el conducto y por qué?

Nuestros desarrollamos el sistema SimpliFill para la obturación de conductos. SimpliFill es simple, rápido y predecible. También simplifica y agiliza la instrumentación con LightSpeed al reducir el número de pasos y de instrumentos requeridos. La instrumentación y la obturación están estrechamente relacionadas. La instrumentación tridimensional hace que una obturación tridimensional sea posible. Sin una de ellas no se puede tener la otra. La instrumentación por sí sola es difícil, no necesitamos un sistema de obturación complicado.

Existen mitos y opiniones sobre LightSpeed, cómo es una técnica complicada, usa demasiados instrumentos y es muy cara.

¿Qué opina usted sobre estos comentarios?

Me alegro mucho que me haya hecho esta pregunta. Si, existen mitos y opiniones sobre LightSpeed y son sólo eso, mitos y opiniones. No son comentarios científicos y son innecesarios. Las investigaciones ya han comprobado el valor de LightSpeed. Si aquellos que hacen esos comentarios tuvieran el tiempo para aprender la técnica LightSpeed correctamente (o realizar investigaciones), apreciarían el valor de LightSpeed sobre otras técnicas. Todos nosotros sabemos que el mercado tiene una influencia enorme sobre lo que la gente compra y los grandes grupos de vendedores no deberían darle a los profesionales lo que debe utilizar. Los profesionales deben seleccionar los instrumentos basándose en ciencia y en ba-

chos, y no en lo que se promueve comercialmente. Yo le solicito a mis colegas que evalúen LightSpeed personalmente y que lleguen a sus propias conclusiones. La realidad de LightSpeed es que la técnica es simple y predecible. La misma técnica es utilizada para todos los dientes, sin imponer la anatomía del conducto.

Es importante el tamaño en cuanto que no todos los tamaños LightSpeed son utilizados en cada caso. Aunque es cierto que LightSpeed cuenta con más instrumentos, los pasos requeridos en la técnica LightSpeed no requieren más procedimientos que otros sistemas. LightSpeed ofrece más instrumentos que otros sistemas porque queremos que ustedes puedan preparar todos los casos con LightSpeed. Esto incluye pacientes jóvenes que pueden requerir instrumentos de tamaños 70, 80, 90, 100 o tamaños más grandes. ¿Cómo pueden haber demasiados tamaños de instrumentos cuando los tamaños de los conductos varían tremendamente?

Otros sistemas de instrumentación sugieren que sus instrumentos sean utilizados una vez y descartados, mientras que los instrumentos LightSpeed pueden ser utilizados 8 a 16 veces. Por lo tanto, en comparación con los otros sistemas de instrumentos rotatorios de níquel-titanio, LightSpeed tiene un costo más eficiente. LightSpeed no es más caro que los otros sistemas rotatorios.

¿Qué espera de la endodoncia en el futuro y qué mensaje le daría a las nuevas generaciones de endodoncistas?

Yo creo que los fabricantes de instrumentos van a seguir mejorando sus diseños en el futuro. Aunque es cierto que han tenido éxito en lograr que la instrumentación sea más rápida y más fácil para el dentista, nuevas investigaciones indican que la limpieza de las preparaciones no es considerablemente mejor para el paciente. Nuestros competidores han efectuado muchos cambios en el diseño de sus instrumentos a través de los años. Da la impresión de que introducen un nuevo diseño de producto cada año. Creo que esto sucede porque continúan la búsqueda de respuestas a los problemas que sus clientes enfrentan cuando utilizan sus productos.

No sé qué piensen ustedes, pero yo no quiero tener que cambiar mi instrumentación tan a menudo. Siento que yo soy el que está probando el producto, y no el fabricante. Ellos no tienen el tiempo para samantizar con

datos de investigación a largo plazo para convertirse de hacer el cambio.

Yo anticipo la publicación de investigaciones antes del fin del año 2002 que demostrarán que los instrumentos LightSpeed limpian los conductos mejor que instrumentos coniformes manuales y rotatorios de níquel-titanio. Los otros fabricantes tendrán que hacer sus instrumentos más flexibles y ofrecer tamaños más grandes para poder competir con LightSpeed en la categoría de "calidad."

¿Qué mensaje desea darle a las nuevas generaciones de endodoncistas? Me gustaría recordar a las nuevas generaciones que ser un especialista acerca responsabilidades adicionales. Un especialista tiene una obligación de nunca dejar de aprender y nunca dejar de mejorar sus tratamientos a los pacientes. Un especialista debe estar dispuesto a probar nuevos instrumentos y nuevas técnicas y a evaluarlos honestamente basándose en sus méritos. Un especialista no se debe quedar atrás con la antigua porque el cambiar es incómodo. Los pacientes esperan más de nosotros porque hemos recibido altos adicionales de entrenamiento y porque debemos ser mejores. Un especialista en endodoncia debe ser suficiente en formular diagnósticos y en comprender la biología del tratamiento. Ser un técnico con mucha destreza no es suficiente. Y finalmente, deseo felicitar a las nuevas generaciones de endodoncistas por haber vivido la caballería de escoger esta maravillosa especialidad. Las exigencias por más tratamientos de conductos radiculares están aumentando a través del mundo y esa tendencia va a continuar.

¿Cuál es la clave para el éxito?

Antes de responder a esta pregunta quiero asegurarme de que sus lectores sepan que pueden obtener más información sobre nuestra técnica y sobre nuestros productos a través de nuestro portal Internet: www.lightspeedusa.com.

Creo que la clave del éxito es trabajar duro y tener una dedicación a aprender. Sigue los dictados de nuestros corazonas al escoger una carrera, una carrera que les interesa y que los excita. Hazlo lo que uno disfruta es muy importante. Después de todo, ¿cómo puede uno realizar algo bien si no está como haciendo? Después de decidirse por una carrera, tratar de ser lo mejor que pueden ser en esa carrera.

No dejar nunca de aprender. Lo más importante de todo es ayudarse al próximo y hacer que este mundo sea un mejor lugar. Hazlo esta, y ustedes tendrán una sensación de satisfacción y bienestar: la medida del verdadero éxito.

desde el ápice

Dra. Ana María Abarca

Cuenta Presidencia

Agosto 2001 - Agosto 2002

Me corresponde en esta oportunidad dar cuenta del periodo Agosto 2001 a Julio 2002. En Revista Canal Abierto se publicó la Cuenta de Presidencia para el periodo Agosto 2000 a Julio 2001.

Durante este lapso se llevaron a cabo reuniones de Directorio mensuales, con la participación activa de cada uno de los directores, quienes desempeñaron sus cargos responsable y eficientemente.



Funcionaron las siguientes Comisiones:

Comité Científico: Dns. Concepción Leñano, Claudia Urrutia y Yelena Salinas.

Comité Social: Dr. Ricardo Saffie.

Coordinación con casas y laboratorios dentales: Dra. Gaby Queyrío H.

Comité Editorial de Revista Canal Abierto:

Directora: Dra. Yelena Salinas.

Comité Editorial: Dns. Concepción Leñano, Gaby Queyrío, Urrutia Tilly y Claudia Urrutia.

Coordinación de Grupo de Estudio de Provincia:

Dr. Claudio Vera M.

Actividades Realizadas

1.- En Reunión de Directorio del mes de noviembre del año 2001, se acordó el reemplazamiento de Arancel de Recomendación de nuestra especialidad realizando un nuevo Arancel, actualizado, en el que se agregaban acciones no consideradas y en las que se corregían otras de bajo valor.

Dicho Arancel fue presentado en reunión solicitada por nosotros a la Directiva del Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile, en la que participé junto a la Dra. Yelena Salinas; quedando pendiente una próxima reunión en la que se dedicaría exclusivamente el estudio de dicho Arancel.

Por el cambio de Directorio del Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile, dicho acuerdo no se ha concretado, queda como labor del próximo Directorio, entonces, dar como fruto un nuevo Arancel acorde a las nuevas tecnologías y procedimientos de la Endodoncia actual.

2.- El 20 de marzo de 2002, fecha en la que se dio inicio a las Actividades Científicas del

se realizó homenaje distinguiendo como Socios Honorarios a los Dns. Pablo Barrios, Sergio Acosta y Juan Hugo Gutiérrez, por el gran aporte realizado a nuestra especialidad.

3.- En esta primera Reunión Científica realizada en marzo de este año, se distinguió además a los mejores alumnos de la asignatura de Endodoncia de las Facultades de Odontología de la Universidad de Chile, Seta, Ana María Viquez, y de la Universidad Mayor, Seta, Paola Araya, las que fueron invitadas a participar en las reuniones científicas mensuales de nuestra Sociedad.

4.- Se pasó el nombre de Sociedad de Endodoncia de Chile y de la Revista Canal Abierto, en el mes de julio de 2001.

5.- Se publicó en el mes de septiembre de 2001 el número 4 de nuestro medio de difusión oficial, Revista Canal Abierto, y el número 5 en el mes de mayo de 2002. Revista cuya distribución se realiza a los miembros de

nuestra Sociedad, sociedades científicas, laboratorios, bibliotecas de las Facultades de Odontología de todo el país, sociedades latinoamericanas miembros de AILAE, Canadá y Estados Unidos. Cabe destacar la excelente labor realizada por la Dra. Yelena Salinas, quien ha hecho de esta revista un medio de comunicación de excelente nivel y de entrega de información muy actualizada.

6.- Los días 20 al 22 de septiembre de 2001 participé en el VIII Congreso de la Asociación Iberoamericana de Endodoncia, realizado en Santa Marta, Colombia, con un grupo de colegas chilenos.

Además, asistí a la Reunión de Asociación Ibero Latinoamericana de Endodoncia, donde se eligió al Dr. Rodolfo Peruchetti, Presidente de la Sociedad de Endodoncia de Paraguay, quien la dirigirá por los próximos 4 años y será sede del próximo Congreso IX CLAEDE, que se llevará a cabo los días 3 al 6 de septiembre de 2003.

7.- Se actualizó la lista de 126 socios, quedando con la siguiente distribución:
Honorarios: 4 Activo: 60 Número: 60

8.- Como en años anteriores, los laboratorios que auspician en todas las actividades programadas para el año 2002 son:

- Colgate Palmolive
- Laboratorio Mavet

Auspicios Parciales:

- Laboratorio Savat: Curso Internacional
- Glaxo Wellcome Farmacéutica: Revista Canal Abierto, mes marzo
- Laboratorios Andilman: Revista Canal Abierto, mes marzo, y en reuniones científicas mensuales
- Pharma Invest: Curso Internacional y reuniones científicas mensuales
- Siner gis: Curso Internacional
- Laboratorios Mavet: Curso Internacional

En conversación:

- Rubric: Curso Internacional
- Medicine Laser S.A.: Curso Internacional

9.- Se crearon 6 Grupos de Estudio durante este periodo:

Equipo: Este Grupo de Estudio se formó en agosto del 2001. Está compuesto por 10 socios y su Coordinadora es la Dra. Isabel Albarcín Peña. Las Reuniones Clínicas las realizan los últimos miércoles de cada mes.

Equipo programado para este año: dos reuniones abiertas a los docentes de la ciudad; la primera para el 7 de junio de 2002, y la segunda para el 11 de octubre de 2002. Asimismo, programamos una reunión conjunta con los colegas de Arica y Antofagasta.

Antofagasta: El Coordinador del Grupo de Estudio de Antofagasta es el Dr. Enrique Galleguillos. Se constituyeron en marzo de 2002, y está integrado por 18 miembros. Se reúnen los últimos miércoles de cada mes en el Auditorio del Laboratorio Savat. Cabe señalar que participan en este grupo colegas de Chaquimanta, Calama y Tacopilla.

La Serena: Se constituyeron como Grupo de Estudio en noviembre de 2001. Su Coordinador es el Dr. Fernando Majica R., y está integrado por un total de 9 socios; se reúnen los últimos miércoles de cada mes.

Chilón: Está integrado por 6 socios y su

Coordinador es la Dra. Cecilia Capello R. Las reuniones las realizan los primeros jueves de cada mes. Se constituyeron como Grupo de Estudio en agosto de 2001.

Puerto Montt: Se organizaron a fines del año 2001 como Grupo de Estudio y oficialmente comenzaron sus actividades en marzo de 2002. Se reúnen en el Auditorio del Hospital de la Municipalidad de Seguridad y sus reuniones las tienen programadas para los últimos lunes cada dos meses. Está compuesto por 9 socios y su Coordinadora es la Dra. Claudia Hausmann H.

Punta Arenas: Este Grupo de Estudio está compuesto por 7 socios y su Coordinadora es la Dra. Cady Weymann M. Se reúnen los terceros jueves de cada mes. Se constituyeron en septiembre de 2001. Participan todos los colegas dando charlas.

La constitución de todos los Grupos de Estudio se encuentra protocolizada ante Notario.

Los Grupos de Estudio realizan las reuniones clínicas en base a revisión bibliográfica, estudios de casos clínicos y presentación de temas de interés endodóntico.

Todos los socios que integran estos Grupos de Estudio se encuentran al día en las cuotas sociales del año 2002. Después de un año de funcionamiento se valora la calidad de Filiales de la Sociedad de Endodoncia de Chile. Cabe destacar la excelente labor realizada por nuestro Vicepresidente, Dr. Claudio Vera, quien en constante comunicación con los Grupos de Estudio ha logrado apoyar a cada uno de ellos en su formación y lograr su constitución oficial.

10.- Se incentivó la incorporación de especialistas recientemente egresados al otorgar un 50% de descuento en la Cuota de Incorporación. Durante el mes de junio se incorporaron a la Sociedad de Endodoncia de Chile los siguientes especialistas, todos egresados de posgrado de la Universidad de Chile:

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| • Dra. Bernadita Caya | • Dra. Paula Mandujano |
| • Dr. Sergio Cordero | • Dra. Loreto Maturana |
| • Dra. Luc Guajardo | • Dra. Carolina Pérez |
| • Dra. Deborah Macías | • Dr. Jorge Pérez |

11.- Se aceptó como Socios de Número a los Dres. Alphonse Pérez Arzola y Ludovic André Daessoulle, y se reintegró la Dra. Elly Peña.

12.- Asistió como Representante de la Sociedad de Endodoncia de Chile a la X Asamblea

Ordinaria de CONACED, que se llevó a efecto el día 23 de abril del año en curso, dando se procedió a elegir a la nueva Mesa Directiva para el periodo 2002-2006, la que quedó integrada por el Dr. Miguel Brava, Presidente; Dr. Mauricio Radulph, Vicepresidente; Dr. Roberto Ibarra, Secretario, y Dr. Moisés Modak, Tesorero.

13.- Participé junto a la Dra. Ursula Tilly (Representante de Sech ante FESODECH) en todas las reuniones realizadas en este periodo. En reunión efectuada el 18 de abril de 2002, en sesión extraordinaria de Dirección, se eligió a la nueva Mesa Directiva para el periodo 2002-2003 (debido a la renuncia del Dr. Carlos Moisés Ríos, por motivos de salud). La nueva Mesa Directiva está presidida por el Dr. Luis Ángel Antia; Tesorero, Dra. Ana María Rodríguez, y Secretario, Dr. Osvaldo del Real.

14.- Participé junto a los socios Dres. Pablo Barrios, Ana María Latorre y Eduardo D'Arcia, en todas las reuniones de CONACED efectuadas en este periodo, donde nos corresponde certificar y re-certificar a los especialistas que lo solicitan.

15.- Fui invitada por la Sociedad de Endodoncia de Valparaíso, presidida por el Dr. Francisco de la Maza, al Curso Internacional de Endodoncia Compensación, dictado por la Dra. Santa Fevreyra, los días 7 y 8 de junio, en el Casino de Villa del Mar.

16.- Participé como Representante de la Sociedad de Endodoncia de Chile, invitada por la Dra. Marie Therese Flores, actual Presidenta Elvira, a una reunión de trabajo para la organización del XIII Congreso Mundial de Traumatología Dentaria, a realizarse los días 8 al 10 de octubre del 2002, en el Hotel Rhyon de Santiago, organizado por International Association of Dental Traumatology (IADT), presidida por el Dr. María Trapp, profesor y jefe de Endodoncia de Carolina del Norte, USA; quedando la Sociedad de Endodoncia de Chile como Patrocinadora de dicho evento.

Esperamos haber cumplido con los objetivos de este Directorio, agradeciendo a todos los que nos han apoyado y deseándole mucho éxito al futuro Directorio.

desde el ápice

Dra. Ursula Tilly

Presidenta SECH
2002 - 2004



Queridos Colegas y Amigos:

Estoy aquí para continuar otra etapa de la SECH y seguir por la buena senda y el compromiso del directorio anterior. Asumo esta presidencia con una mezcla de sentimientos: Honor, responsabilidad, desafío y gratitud.

Honor y Gratitud: Pues es un gran honor la confianza que ustedes han depositado en mí y les reitero mi gratitud por ello.
Responsabilidad: Ya que siento que hay mucho que hacer para elevar esta especialidad al nivel que se merece.
Desafío: Ya que los presidentes anteriores y su directorio han realizado un excelente desempeño, lo que me deja la vara muy alta.

Muy importante es la constante búsqueda de superación y actualización en todo sentido, humano, tecnológica y científica, para brindar la mejor de nuestra especialidad. Es así, como veo a la SECH como una entidad con varios desafíos por realizar:

1.- Mantener la exitosa línea de trabajo del Directorio anterior.

2.- Sede: Considero que no podemos seguir sin sede, hay material bibliográfico, documentos, suscripciones que están repartidos en distintos partes y nadie tiene acceso a ellos. No se puede revisar, leer, estudiar, ni trabajar en todo este valioso material. Una sede también facilitaría la labor de la secretaria y la accesibilidad de ustedes hacia la Sociedad.

3.- Dar el lugar que corresponde, en la comunidad y en la profesión, al especialista en Endodancia, considerando que su labor y su opinión en los tratamientos es de vital importancia y determinante aún más que la de otro especialista. Tal responsabilidad debe ser conocida en la comunidad y remunerada

de justamente, por lo que quisiera difundir la importancia de nuestra especialidad y asignar a la acción endodántica un orzocal justo.

4.- Mantener un vínculo dinámico y una comunicación fluida con los filiales, trabajar en conjunto y así acortar distancias es un país tan largo como el nuestro.

5.- Congreso: Hubo una época en que el COCHIDE se realizaba cada 4 años, esa periodicidad debería respetarse, por lo que trataremos de organizarlo nuevamente.

6.- Incrementar nuestros canales formales de comunicación, como la revista, la página internet y correo electrónico, manteniendo así una comunicación bilateral con nuestros asociados.

7.- Desarrollar un gran número de socios, especialmente socios interesados y cooperando activamente con la Sociedad de Endodancia.

Tengo a mi lado a gente muy valiosa, con ideas, con valores y sobre todo, con generosidad y voluntad de trabajo. Pero una Sociedad se funciona sólo por la directiva o la organización que tiene, sino que también por la activa participación y colaboración de sus miembros. Es absolutamente necesaria la colaboración de cada uno de ustedes, pero también son bienvenidas las críticas, que nos ayudarán a superarnos, y así juntos vamos a contribuir positivamente al crecimiento, unión y ética de nuestra profesión.

Filiales

Sociedad de Endodoncia de Chile Cumpliendo un objetivo

Fue el año 1999 cuando comenzamos a plantearnos la inquietud de integrar a los colegas que realizan la especialidad en provincias, en forma más directa a las actividades de nuestra Sociedad. Y con el constante apoyo de la Presidenta de esa época, Dra. Ana María Latona, comenzamos a dar los primeros pasos, en forma un poco tímida, para acercarnos a ellos, con la idea de crear grupos de estudio en diferentes ciudades para que después de cierto tiempo, estos se convirtieran en Filiales de SECH.

Esperamos por estudiar los reglamentos que los regulan, los beneficios que se les otorgan, hacer contacto con los posibles coordinadores, etc.

Durante el curso internacional del año 2000 y bajo la presidencia de la Dra. Ana María Ahumada, se produjo el ansiado primer encuentro, en una reunión almuerzo de trabajo a la que asistieron además de la Presidenta, la Past President y gente de la idea, los Secretarios y Prosecretarios de los directorios saliente y entrante, con representantes de ciudades que abarcaban desde la norteña Iquique hasta la austral Punta Arenas. Fue una reunión provechosa, distendida y muy gratificante donde se les explicó los fines buscados y se les hizo entrega de los reglamentos.

Así partieron a sus respectivas ciudades y nosotros nos quedamos esperando ver los frutos de esta semilla que habíamos sembrado y que cabíamos en un ansiado anhelo de ellos.

El tiempo nos dio la razón y el sueño de la Dra. Latona hoy es ya una realidad, funcionando Grupos de Estudio en las ciudades de **VALPARAÍSO** (con 10 integrantes), **ANTOFAGASTA** (el más numeroso con 18 integrantes), **LA SERENA** (con 9 integrantes), **CHILLAN** (con 6 integrantes), **PUERTO MONTT** (con 6 integrantes) y **PUNTA ARENAS** (con 7 integrantes), todos armando con mucha responsabilidad su cometido, manteniendo reuniones científicas mensuales con brillantes exposiciones y trabajos preparados por ellos.

Es así como han tratado temas tales como:

- Tratamiento endodóntico integral
- Fracturas radiculares
- Aperturas
- Lesiones endopériodontales
- Restauraciones radiculares
- Tratamiento de lesiones apicales
- Microbiología endodóntica
- Análisis de la especialidad en los diferentes ámbitos de trabajo
- Análisis del actual endodóntico
- Revisión de casos clínicos
- Elementos de patología y diagnóstico
- Revisiones bibliográficas
- Homogenización de criterios en cuanto a nomenclatura
- Estudio para la conformación de fichas de caso de la especialidad
- Criterios de información al paciente
- Requisitos de un soporte legal

Entre sus intereses está el organizar Cursos Regionales dictados por especialistas de la capital, tanto teóricos como prácticos.

Ahora nos resta el que seamos nosotros, los integrantes de SECH de Santiago, los que los comencemos a apoyar más activamente respondiendo a sus justos anhelos, dictándoles los cursos solicitados, para en esa forma cumplir con uno de los objetivos de SECH, que es el perfeccionamiento de todos los especialistas del país.

Bien por ellos y por sus Coordinadores, que sacrifican parte de su valioso tiempo en mantener vigente este su esfuerzo y nuestro orgullo.

Más reconocimientos y agradecimientos a nombre de toda la SECH a cada uno de los integrantes y muy especialmente a sus Coordinadores: Dra. Isabel Albarián, Dr. Enrique Galleguillos, Dr. Fernando Majica, Dra. Cecilia Capetillo, Dra. Claudia Hausmann, Dra. Cady Wiggmann.

Que cada vez sean más los colegas de regiones que se incorporen a los Grupos de Estudio para compartir sus conocimientos, inquietudes, éxitos y fracasos en esta nuestra Especialidad y esperar que los futuros Directorios de SECH sigan brindándonos todo el apoyo necesario, como el otorgado, hasta ahora, en sus inicios.



Dr. Claudio Vera



Coordinador: Dr. Enrique Galleguillos, Coordinadores: Dra. Jacqueline Merino, Dr. Ricardo Fernández, Dra. Yvonne Parra, Dr. Nicolás Salas y Dr. Francisco Córdova.



Coordinador: Dr. Carlos López del Pino, Dra. Claudia Rojas C., Dra. Isabel Parra Alvarado, Coordinadores: Dr. Fernando Rosales L., Dra. Alejandra Soto H., y Dr. Ronald Parra.

COSAE 2002



XI Congreso de la Sociedad Argentina de Endodoncia

16, 17, 18 de agosto de 2002. Buenos Aires - Argentina

**El día 15 de agosto
partimos un grupo de
35 personas,
aproximadamente,
rumbo a Buenos Aires.
Llegamos casi de
noche a esta
maravillosa ciudad
cuyo encanto
es único.**

Sin duda son muy difíciles los momentos que están viviendo en Argentina, sin embargo, quedamos gratamente sorprendidos por la cálida acogida, el cariño y amistad que nos ofrecieron tanto el comité organizador del congreso dirigido por la Dra. Elizabeth Ritacco, como también la directiva de la SAE cuyo presidente es el Dr. Eugenio Luis Henry.

El curso Precongreso lo dictaron los profesores Dr. Cornelis Pameijer (EE.UU.): Protección pulpar directa: ¿cuáles son sus alternativas?, y el Dr. Paul Abbott (Australia): Lesiones apicales a distancia. Posibilidades de errata miento.

Durante los dos días de congreso se presentaron diversas conferencias con trabajos científicos muy interesantes, mesas redondas y mesa de casos clínicos muy entretenidas y amenas por las polémicas

que desencadenaron, conferencias de libre inscripción bastante variadas, abarcando casi todos los temas de interés para los especialistas.

Nuestro país estuvo muy bien representado en el congreso por:

- Dra. Ana María Abarca con el tema: Evaluación de sistemas mecanizados de instrumentación. Profile, Hero-642 y Protaper.
- Dr. Sergio Acosta con el tema: Mito y realidades de la instrumentación mecánica.
- Ismael Yévenes: ¿Es 7,3 el pH óptimo de desmineralización del Esbo?
- Juliana Del Pozo: Nueva técnica de aislamiento en Endodoncia.
- Dra. Pabla Ramírez: Mesa de casos clínicos



cos. ¿Cómo usted resuelve este caso clínico?

• Dra. Ursula Tilly y Dra. Gabry Queyrin, representando a nuestra Sociedad como Presidenta y Vicepresidenta de SECH.

• Dra. Yelena Salinas, representando a nuestra Sociedad como Directora de la Revista Canal Abierto.

• Profesoras y alumnos de la Escuela de Postgrado de la Universidad de Chile.

• Endodoncistas y colegas.

Durante los días del congreso se desarrolló la reunión de AILAE, tuvimos el agrado de compartir unos gratos momentos con el presidente Dr. Rodolfo Peruchino, quien nos hizo hincapié en que no podíamos faltar para el próximo AILAE a realizarse en Asunción - Paraguay en septiembre del 2003.

Testimonios la espontaneidad de encontrarnos con el Dr. Fernando Goldberg y Dr. Santiago Frajlich, quienes dictaron el Curso

el año pasado en Chile. También con los Dres. Liliana Sierra y Carlos García Puente, quienes dictarán el Curso «Principios Biológicos y Recursos Tecnológicos» en octubre en nuestro país.

También se realizó la presentación de Libros: «Radiología en Endodoncia», de Enrique Bastrani, Ana Blank y Teresa Caffaro, durante el homenaje a la memoria del Profesor Emérito Dr. Enrique Bastrani; y el libro «Endodoncia. Técnica y fundamentos», de los Dres. Ilson Soares y Fernando Goldberg, quien regaló un libro autografiado para SECH.

La comisión organizadora nos transmitió el gran esfuerzo que significó organizar este congreso, pero demostraron que dando lo mejor y en un ambiente de compañerismo, comunicación y alegría, lograron con creces concretar satisfactoriamente todos los objetivos del COSAE, especial mente conjugar Ciencia y Amistad.

Dra. Yelena Salinas

Durante el Congreso:

1. Dres. Ana María Alvarez, Gabry Queyrin, Eugenio Luis Henry (Presidente de la Sociedad Argentina de Endodoncia), Ursula Tilly y Yelena Salinas.

2. Junto a otros profesionales figuran los Dres. Yelena Salinas, Ana María Alvarez, Ursula Tilly, Rodolfo Peruchino (Presidente de AILAE), Gabry Queyrin, Elizabeth Milano (Directora del Comité Organizador), y Carlos García Puente, uno de los dictantes del Curso «Principios Biológicos y Recursos Tecnológicos» a realizarse en nuestro país.

3. Comité Organizador COSAE 2002.

4. Dres. Ursula Tilly, Fernando Goldberg, Gabry Queyrin, Santiago Frajlich, Yelena Salinas, Carmen Paz Cabello y Verónica González.

5. Dr. Fernando Goldberg hace entrega a las Drs. Gabry Queyrin y Ursula Tilly, de un ejemplar autografiado de su nuevo libro «Endodoncia. Técnica y fundamentos».

6. Dres. Ursula Tilly, Elizabeth Milano y Yelena Salinas.

7. Dra. Ursula Tilly en compañía de los Dres. Liliana Sierra y Carlos García Puente, dictantes del Curso «Principios Biológicos y Recursos Tecnológicos».

8. Dres. Ana María Alvarez, Pablo Ravitsky, Carmen Paz Cabello, Paulina Roman y Verónica González.

Presentados en Sociedad de Endodoncia de Chile. Año 2002



Justificación Biológica de la Obturación Radicular Corta al Domo Apical

Dr. Prof. Dr. Juan Diego Salazar B.

Muchos estudios histológicos realizados a comienzos del siglo pasado llegaron a conclusiones que siguen siendo válidas. Davis (1920) había planteado la conveniencia de que la obturación radicular fuera algo corta; Ramon, Grove, Coolidge y otros, hasta fines de la década del 30, concordaron con él. En 1956, Strindberg demostró que la obturación corta conducía a mayores porcentajes de éxito que las al ras y las sobrobturadas. Schilder y muchos otros autores le dan poca importancia a la sobreinstrumentación, la sobrobturación y/o la proyección de materiales transapical. Aún más, Buchanan prepara cuidadosamente los conductos hasta el LCD y posteriormente «limpia», procedimiento que lo deforma. La preparación ultrasónica, el uso de la técnica de McSpadden y del conmutador Gimmaric, no sólo favorecen la sobreinstrumentación, sino que ésta no se advierte mientras está ocurriendo.

Muchos textos ilustran los conductos radiculares y el foramen principal como si estuvieran ubicados aislados, en circunstancias que la foramina abre a un lado del domo apical, hecho indetectable en las radiografías. Como lo demuestra Kuttler, el LCD es el lugar donde se ubica la constricción natural del conducto pulpar. Más allá de ese punto, el conducto no contiene tejido pulpar sino fibras peridontales apicales. En dientes infectados se produce la reabsorción de la dentina que rodea el foramen principal. La obturación radicular corta permite que se regrese la anatomía apical en el mediano plano, por aposición de tejido dentario, cementado u osteoide; la obturación al ras y la sobrobturación impiden la regeneración apical. Como el foramen principal se abre a un lado del domo -no en su centro-, la preparación mecánica radiográfica al ras a lo menos provoca la formación de zip u otras formas de destrucción del ápice. La preparación mecánica realizada en dientes con pulpa vital y/o infectada bajo anestesia, favorece la sobreinstrumentación. La preparación mecánica debe quedar 1 o más mm. alejada del domo y la obturación radicular 1,5 ó 2 mm. corta con respecto al ápice. Desgraciadamente, la detección clínico-radiográfica de la

constricción o LCD es imposible. Además, su ubicación puede estar modificada por razones histológicas, ya que el cemento puede cubrir la dentina, estar en relación bis a bis o al ras, como ocurre cuando la maduración de los ápices no se ha completado. Procesos subsecutivos relacionados con estímulos de origen físico, químico, bacteriano o la combinación de varias cosas y la abrupta curvatura apical -situaciones todas no advertibles en la radiografía-, influyen negativamente en la detección del LCD.

Los cementos selladores cincoquilonílicos ofrecen condiciones favorables para su manipulación, como asimismo varillas comparativas relativamente mayores que los de base plástica.

Los que contienen HCHO, Ca (OH)2 u otros medicamentos, tienen propiedades que no correlacionan en absoluto con los estudios clínicos o experimentales disponibles en la literatura.

Los cementos de base plástica o los ionómeros vítreos, formulados para rellenar los conductos en vez de sellar la interfase dentina-cuerpo central de gutapercha, son difíciles de manipular y no han conseguido desplazar de la práctica clínica las obturaciones manuales por condensación de gutapercha.

La gutapercha y los conos de gutapercha utilizados en los dispositivos comerciales electromecánicos que la ablandecen previa a su inserción en el conducto, tienen propiedades muy diferentes a las que poseen las puntas de gutapercha comerciales comunes. Cuando endurecen en el conducto son quebradizas a un grado tal, que se hace imposible trazar longitudinalmente los dientes para verificar la compactación, la relación íntima con las paredes radiculares y el espesor del sellador en la interfase. La engañosa imagen radiográfica de la calidad de la obturación radicular está lejos de coincidir con la evaluación posible de efectuar la vitro, con lupa estereoscópica o con microscopio electrónico de barrido.

El control clínico-radiográfico de extensas lesiones periapicales en el corto, mediano y largo plazo -en que las obturaciones radiculares fueron intencionalmente dejadas cortas 1 a 3 mm-, avalan una conducta adoptada por cerca de 40 años en la Clínica de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Concepción.



El Desarrollo en el Siglo XXI y las Herramientas para su Enfoque: La $\square$ Inteligencia Emocional y la Programación NeuroLingüística. Ayer, hoy y mañana

Dr. Alvaro Infante R.

El mundo se enfrenta a una convergencia de crisis que carece de precedentes en la historia de la humanidad. El sistema familiar se encuentra en un verdadero molinero, pero otro tanto ocurre con lo sanitario, con lo urbano, con el sistema de valores y, sobre todo, con sus sistemas políticos, en que la juventud y muchas personas de nuestra generación han perdido el deseo de hacer su elección, al grado de que hoy en día muchos países ven cómo la abstención es el partido mayoritario.

La Información y el Conocimiento, las Nuevas Herramientas. ¿Qué es la PNL?

El término Programación Neuro-Lingüística (PNL) fue creado por Richard Bandler y John Grinder a mediados de los años sesenta, y fue basado en el estudio de tres grandes magos de la comunicación y el cambio humano: Milton Erickson (hipnotista poeta), Virginia Satir (terapia familiar) y Fritz Perls (terapia Gestalt). Bandler y Grinder partían de la pregunta: ¿qué es lo que hace que algunos terapeutas sean tan efectivos en la obtención de resultados? Descubrieron de esta forma algunos patrones lingüísticos que se utilizaban sistemática e intuitivamente, posicionando incluso del concepto que hiciera cada profesional de su propio método. A partir de aquí crearon el metamodelo como sistema de intervención y desafío lingüístico. El nombre de la Programación Neuro-Lingüística se refiere al proceso común que todos los seres humanos utilizamos para transferir y modificar comportamientos.

Programación. Se refiere al proceso de organizar los componentes de un sistema para lograr resultados concretos.

Neuro. Porque todo comportamiento es el resultado de procesos neurales.

Lingüística. Porque los procesos neurales son expresados mediante el lenguaje verbal y corporal.

Objetivos de la PNL.

El objetivo general es ayudar a personas, grupos u organizaciones a comprender y mejorar la comunicación con uno mismo y con los demás, trabajando el comando lingüístico y las representaciones internas. ¿Para quién es la PNL? La Programación Neuro-Lingüística está dirigida a cualquier persona que, tanto en su vida personal como profesional, necesite una comunicación adecuada y quiera aprender a utilizar las técnicas de la PNL en sí misma y en los demás, para lograr los cambios deseados. Por algo son llamadas «Técnicas de autoayuda, superación y cambio personal». En la enseñanza, la PNL da herramientas muy concretas para tratar al alumno y al grupo en general, llegando a cada uno por sus diferentes canales de representación interna. En las ventas, el vendedor aprenderá a estar atento a los síntomas de representación del cliente para poder vender su producto desde el canal que le resulta más aceptable y eficaz para su comprender. En la medicina, la psicología y a todas aquellas personas que trabajan en el área de salud física y mental, la PNL les enseñará a llevar al paciente de un estado a otro por medio de técnicas y lenguaje. Hacer una relación de las aplicaciones de la PNL sería tan largo como hacer una lista de las actividades humanas.

Tomografía Multidireccional y su Aplicación en Endodoncia

Dr. Jorge Bianchi

La radiculitis inflamatoria es una condición pulpar que se caracteriza por el rompimiento de los tejidos duros del diente por un tejido de granulación. Este tipo de patología generalmente es evidenciada por un hallazgo radiográfico. El adecuado diagnóstico y el prematuro tratamiento endodóntico son determinantes, pueden asegurar la mantención de la pieza dentaria.

Para realizar una correcta endodoncia de esta condición, es algunas veces necesario conocer tanto el componente medio-distal como el

compromiso buco-lingual de esta última.

El presente caso clínico describe una novedosa aplicación de la tomografía convencional hipocíclica en un caso de múltiples radiculitis inflamatorias. Se describe el protocolo utilizado y se sugieren alternativas para mejorar la técnica y aplicación radiográfica.



resúmenes de trabajos

Análisis Comparativo *In Vitro* de Dos Sistemas de Instrumentación Mecanizada

Objetivos:

Evaluar en conductos curvos la manipulación de la longitud de trabajo y el grado de deformación apical, medio y cervical, luego del uso de dos sistemas de instrumentación mecanizada, Hero 642 y Pro taper.

Materiales y Método:

Se utilizaron 24 raíces curvas de molares extraídos, 10 con curvatura entre 10 y 25 grados (5 instrumentados con Hero y 5 con Protaper) y 14 con curvatura mayor a 25 grados (7 instrumentados con Hero y 7 con Protaper). Las radiografías pre y post instrumentación previamente estandarizadas fueron digitalizadas, para luego medir el grado de desgaste de las paredes internas y externas del conducto radicular en sus tercios cervical, medio y apical.

Resultados:

No se encontraron diferencias significativas en el parón de desgaste ni por tercios, ni por pared con cada sistema de instrumentación. Destacamos que el sistema Protaper dejó preparaciones más expansivas y por otro lado provocó mayor desgaste en la pared externa a nivel del tercio apical. En el 95.9% de los casos se constató mantención de la longitud de trabajo, y en el 4.1%, que corresponde a un caso instrumentado con Hero 642, hubo ganancia de longitud.

Conclusiones:

Ambos sistemas de instrumentación mecanizada de acuerdo a los parámetros estudiados dieron resultados satisfactorios.

Tutora: Dra. Ana María Abasco Villaseca

Dra. Catalina Pérez Rodilla



Cirujana Dentista graduada en la Universidad de Chile. Especialista en Endodoncia, Universidad de Chile.

Dra. Julia Ramírez Sánchez



Cirujana Dentista graduada en la Universidad de Oriente-Cuba. Especialista en Endodoncia, Universidad de Chile.



Patogénesis de la Caries Destinaria: Implicancias en la Terapia Endodóntica

Dr. Alejandro Oyarzún

El diagnóstico de la caries destinaria y la necesidad de tratamiento se ha efectuado clínicamente considerando características fenotípicas de una lesión en particular, tales como el grado de cavitación, cambios de color y consistencia a la exploración. Síntomas subjetivos, tales como dolor e hipersensibilidad, así como exámenes radiográficos complementarios, son también usualmente utilizados para la evaluación del inicio y progresión de la lesión. En ausencia de signos y síntomas que determinen la presencia de lesiones pulpares irreversibles, el manejo clínico de una caries destinaria profunda involucra la remoción mecánica del tejido infectado y desmineralizado, con el objeto de proporcionar un piso cavitado de consistencia dura a la exploración táctil. Tal procedimiento usualmente produce subexposición inme-

diata de las paredes caritares, exposición accidental de la pulpa o lesiones pulpares, las que finalmente deben ser tratadas endodónticamente.

En la actualidad, estudios clínicos prospectivos, así como nuevos conocimientos aportados por las ciencias básicas, han impactado fuertemente los criterios que determinan la necesidad y el tipo de tratamiento de la caries dental. En así como la excavación de la dentina cariada debe invariablemente considerar la biología del complejo pulpodentinario.

El propósito de la presente comunicación es reexaminar conceptos tradicionales de patogénesis de la caries destinaria y contrastarlos con evidencia científica reciente, con el objeto de aportar algunos criterios biológicos importantes de considerar durante la planificación del tratamiento en Odontología Restauradora y Endodoncia.

INCISIVO CENTRAL SUPERIOR con 2 conductos

Dr. Rodrigo Gil



Introducción

Es habitual dentro de nuestra profesión considerar que el incisivo central superior es uno de los dientes que se presenta con menos variaciones anatómicas, con un conducto único, recto y generalmente amplio. En la bibliografía se confirma esta situación.

Cohen y Burns¹, reportan que la existencia de conductos múltiples es muy rara, pero que es este diente presenta conductos accesorios y laterales frecuentemente.

Ingle y Rindland², afirman que el 100% de los incisivos centrales superiores presentan un conducto, que el 23% de ellos presentan conductos laterales y el 13% ramificaciones apicales.

Figini y Garino³, consideran que el Incisivo Central Superior presenta un conducto único en el 100% de los casos y que el 42% de ellos presentan conductos laterales. Según estos autores, la mayoría de estos conductos laterales

son transversales y por lo tanto, perpendiculares al conducto principal, y que sólo el 13% de ellos son oblicuos, es decir, que forman un ángulo agudo de seno apical con el conducto que le dio origen.

Según Kasahara⁴, en un 60% de los casos se pueden encontrar conductos accesorios.

Paganó⁵, describe que la raíz de este diente en la gran mayoría de los casos es única, pero considera que raras veces puede presentar 2 raíces: la principal y una accesoria. Esta ramificación puede encontrarse a mesial, distal o palatino de la raíz principal, se puede disponer a distintos niveles y es de extensión variable. En estos casos se encuentran 2 conductos independientes, uno en cada raíz.

Lacombe y Leal⁶, afirman que la presencia de 2 conductos en este diente es considerada como una anomalía anatómica.

Si bien existe consenso en la bibliografía de

que un porcentaje importante de estos dientes presentan conductos laterales o accesorios, no se reporta la existencia de un conducto bifurcado. Figini y Garino³, definen un conducto bifurcado como un conducto único que en determinado momento de su trayecto experimenta una bifurcación, lo que se traduce en la aparición de 2 conductos de menor calibre que el original y que se orientan siempre en el sentido de las caras libres. La bifurcación puede ocurrir a cualquier altura de la longitud radicular y los 2 conductos terminan separados en la superficie del cemento.

A continuación presento 3 casos clínicos, dos de ellos fueron dientes 1.1 que presentaron un conducto bifurcado hacia palatino y vestibular y el tercero fue también un diente 1.1 que presentó una raíz accesoria vestibulo-mesial con un conducto accesorio independiente.

Caso Clínico N° 1

Paciente sexo femenino, 48 años de edad, sin antecedentes de enfermedad general.

Diagnóstico Clínico: Diente 1.1. -Periodontitis Apical Aguda consecutiva a Necrosis Pul-

par. **Tratamiento indicado:** Necropulpectomía. En la primera sesión se realizó la tracción, irrigación, conductometría, instrumentación, secado y se dejó una medicación de

PMCA. (Figs. 1 y 2). En la segunda sesión, se usó la IRM y al realizar la coroneta, el caso principal siguió una dirección distinta al eje mayor de la raíz (Fig. 3). Pensé en la posibilidad



de haber fabricado una falsa vía, pero no había forzado los instrumentos, ni encontrado resistencia alguna durante la IRM y al analizar nuevamente la Rx inicial, aparecía una imagen de bifurcación en la unión del 1/3 medio y 1/3 apical radicular. Confirmando que había instrumentado la bifurcación, que radiográficamente aparecía hacia mesial, pero que realmente estaba hacia vestibular y logró entrar en forma independiente hacia la bifurcación palatina. Instrumentó la bifurcación palatina y la obturó primero, ya que era más difícil el acceso a ella (Fig. 4), desobstruyó parcialmente el conducto hasta la bifurcación, reinstrumentó y obturó la

bifurcación vestibular sin remover el material de obturación de la bifurcación palatina (Figs. 5 y 6).

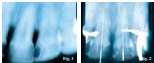


Caso Clínico N° 2

Paciente sexo femenino, 46 años de edad, sin antecedentes de enfermedad general.

Diagnóstico Clínico: Diente 1.1.- Periodontitis crónica del adulto moderada, obstrucciones proximales y palatina profundas. **Tratamiento indicado:** Biopulpectomía por indicación protética. Al examen radiográfico inicial se observa un cambio de densidad del conducto en el tercio medio radicular y la imagen de un conducto lateral hacia mesial (Fig. 1). Durante la conductometría, confirmó la existencia de una bifurcación en el tercio medio radicular hacia vestibular y palatina, siendo de mayor diámetro el conducto vestibular (Figs. 2 y 3). En este caso instrumentó y obturó primero el con-

ducto vestibular, desobstruyó parcialmente hasta la bifurcación y luego instrumentó (Fig. 4) y obturó el conducto palatino (Figs. 5 y 6).



Caso Clínico N° 3

Paciente sexo femenino, 36 años de edad, sin antecedentes de enfermedad general.

Diagnóstico Clínico: Diente 1.1.- Obturado, cambio de coloración. **Diagnóstico Radiográfico:** Obturación Endodóntica deficiente (Fig. 1). **Tratamiento indicado:** Retratamiento endodóntico. Al remover el material de obturación puesto, detectamos

que éste se encontraba obstruyendo el conducto accesorio de una raíz accesorio que se ubicaba hacia vestibulo-mesial (Fig. 2). En este caso fue más fácil que en los anteriores acceder al conducto palatino, debido a que existían 2 raíces independientes, por lo que se instrumentaron alternadamente y se obturaron simultáneamente (Figs. 3, 4 y 5).





Discusión

En general, se considera al incisivo con tal superior como el diente ideal para que los alumnos de IV año de la carrera de Odontología se inicien en la práctica de nuestra especialidad, esto debido a su posición en la arcada, la facilidad de acceso, la buena visibilidad, la presencia de un conducto único, recto y generalmente amplio, entre otras características. Aunque las variaciones anatómicas son de baja incidencia, confirmamos con estos casos clínicos que existen, que debemos tenerlas en cuenta a la hora de seleccionar pacientes para nuestros alumnos, como también antes de iniciar nosotros mismos el tratamiento de estos dientes. Se hace fundamental, por lo tanto, la precisión e interpretación minuciosa de la radiografía previa y el conocimiento acaudado de la morfología dentaria y de sus posibles variaciones.

Existen diferencias significativas en la incidencia de conductos accesorios o laterales, desde un 23% hasta un 66% según los distintos autores.

Entendemos por conducto lateral o accesorio un conducto que se desprende del principal, que es de menor diámetro y que normalmente se escapa a nuestra instrumentación. Algunas veces logramos obtenerlos con cemento endodóntico, situación que sólo se evidencia si la disposición anatómica de éste nos permite su visualización a la radiografía de control.

Podría interpretarse que algunos de los conductos laterales oblicuos que se reportan en la bibliografía podrían considerarse a conductos bifurcados, sobre todo los de mayor diámetro, sin embargo, es fundamental entender la diferencia entre ellos.

Desde el punto de vista clínico, la similitud es muy distinta: un conducto bifurcado debe ser considerado y tratado como si existieran dos conductos separados en esa raíz, para asegurar así el pronóstico de ese diente. En los 2 primeros casos clínicos presentados se logró efectuar el tratamiento de esa manera.

Aún cuando Pagano menciona que la presencia de una raíz accesoria en los incisivos centrales superiores es rara, relata haberla visto en una disposición mesial, distal o palatina de la raíz principal. En el 3er caso clínico presentado, ésta se ubicaba por vestibular y un poco a mesial de la raíz principal, lo que dificultó su visualización en las distintas radiografías que se tomaron.

Bibliografía

1. Cohen y Burns. *Vías de la Pulpa*. Ed. Harcourt, 7ª edición. Pgs. 159-159.
2. Fipin y Garino. *Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada*. Ed. Alamos, 7ª edición. Pgs. 429-438.
3. Ingle - Stalling. *Endodencia*. 4ª Edición. Pgs. 113.
4. Kasahara et al. Root Canal System of Maxillary Central Incisors. J. End. 36(4):158, 1990.
5. Lemosse - Leal. *Endodencia*. Tratamiento de los conductos radiculares. Ed. Panamericana, 2ª edición. Pgs. 345 - 346.
6. Pagano. *Anatomía Dentaria*. Ed. Mundt S.A., 1ª edición. Pgs. 395-396.

endo...?

¿Cómo realiza la técnica de inducción al cierre apical? ¿Qué elementos usa? y ¿Cuál es el tiempo de recambio?

Dra. Lucía Blanco - Argentina

Los traumatismos dentarios en la actualidad son la causa más frecuente que producen daño en la vitalidad pulpar. Muchos de estas lesiones traumáticas se producen en piezas dentales recién erupcionadas que no han completado su desarrollo apical, la pulpa intermite sus funciones y es necesario realizar el tratamiento de apicoformación. Dentro de los traumatismos dentarios, las luxaciones dentarias continúan las lesiones más severas que afectan a las piezas dentales. Son el resultado de impactos de diferente intensidad y dirección, que movilizan al diente de su posición normal. De acuerdo al grado de desplazamiento de la pieza dentaria, pueden existir importantes cambios en el aporte circulatorio pulpar.

El grado de desarrollo apical es importante en el pronóstico pulpar, si bien las piezas dentales con ápices abiertos tienen mayor probabilidad de conservar la vitalidad pulpar, en muchos traumatismos severos como las luxaciones laterales o la lussión se rompe el paquete vascular-serioso y la pulpa clasifica en forma temprana interrumpiendo el proceso de apacificación, en esos casos es necesario implementar un tratamiento de apicoformación para inducir el cierre apical.

1.- El tratamiento de apicoformación es un verdadero desafío para la profesión odontológica. Mi material de elección es el hidróxido de calcio. La técnica que utilizo para inducir el cierre apical es, una vez instrumentado el conducto, inducir la apicoformación obteniendo el conducto con hidróxido de calcio.

2.- Como le dije antes, el material que utilizo es el hidróxido de calcio puro en polvo. Lo preparo en forma de pasta cremosa, mezclando con

solución fisiológica, sin el agregado de ningún elemento radiopaco, ya que bien comprobado tiene la misma radiopacidad de la dentina. Se introduce en el conducto llevándolo con la última lima con que se instrumentó, se coloca en la punta de la lima, se gira en sentido contrario a las agujas del reloj, se condensa hacia apical, y luego se introduce un atractor de mano para atacar bien al material, así sucesivamente hasta retirar el conducto en su totalidad.

Diferentes propiedades se le adjudican al hidróxido de calcio, entre ellas se puede mencionar: la alcalinidad, su alto pH (12,5), sus iones de calcio que pueden contribuir al proceso de calcificación y también la liberación de sus iones de hidroxilo, que atacan la membrana de la bacteria. El pH del hidróxido de calcio neutraliza la acidez a nivel apical, ya que el entorno ácido activa la función oncosclerótica.

Los iones de hidroxilo actúan sobre la enzima de la membrana citoplasmática de la bacteria. El hidróxido de calcio produce la activación de la fosfatasa alcalina que es la precursora de los procesos de calcificación. Para el proceso de apicoformación fue introducido por Kaler en el año 1964, al poco tiempo lo introduce Maim-Caputo y la popularizó Frank en 1966.

3.- Con respecto al recambio, es necesario reponerlo cada 30 días, es el período que el hidróxido de calcio desciende el pH, además se debe evaluar radiográficamente la bacteria apical. Algunos autores consideran que se debe observar con cuidado la evolución de la misma y no apresurarse a conformar el tratamiento definitivo.

apicoformación, esto depende en gran parte del momento en que se interrumpió el proceso de apacificación y de la presencia o no de una lesión periapical.

El tiempo promedio puede ir desde 6 a 24 meses o más. Se considera que hemos logrado la apicoformación cuando observamos radiográficamente una barrera apical, y además comprobamos la misma clínicamente. Es frecuente que la barrera no tenga la hermeticidad que deseamos, y cuando se realiza el tratamiento de conducto definitivo existe extrusión del material definitivo.

Los resultados obtenidos con la técnica del hidróxido de calcio, alcanzaron un 95% de éxito a través de la investigación clínica realizada por el autor. Se llegó a las siguientes conclusiones:

- Establecer un buen diagnóstico de la pieza dental afectada.
- El hidróxido de calcio demostró ser el material de elección en el tratamiento de la apicoformación.
- La reposición del material debe ser en el momento adecuado y todas las veces que sea necesario.
- Es importante realizar controles clínicos y radiográficos para evaluar el tratamiento.
- La edad, grado de desarrollo radicular, presencia o no de una zona radiolúcida periapical y la respuesta inmunológica del paciente, son factores que influyen en el éxito.
- Se considera curación a la presencia de un tejido duro a nivel apical.
- El pronóstico en general es favorable.

Dra. Mario R. Lacerda - Brasil

Son considerados dientes permanentes jóvenes con epiglosse incompleta aquellos cuyos ápices radiculares, histológicamente no presentan ápice avestido por cemento y, radiográficamente, cuando el extremo apical de la raíz no alcanza 10 Nolla, esto es, ápice

completo. Así, cuando es necesario el tratamiento endodóntico en esos dientes, la técnica indicada, pulpotomía o tratamiento radical, depende directamente del estado patológico de la pulpa y por lo tanto, pueden ocurrir dos tipos de cierre apical:

• **Apicoresistencia:** observada en casos de pulpotomía, cuando el proceso fisiológico del cierre normal del ápice radicular permite el estímulo del desarrollo de la dentina radicular y también la formación del canal cementario, dando así la anatomía del

conducto radicular de forma y amplitud normal.

• Para que ocurra la apicogénesis es necesario que después de la pulpotomía, el remanente pulpar mantenga su vitalidad, permitiendo así la completa formación de dentina y cemento radicular.

• **Apexificación:** observada después de tratamientos endodónticos radiculares (tratamiento del conducto radicular) ocurriendo el cierre apical inducido del ápice radicular por la formación posterior de tejido duro mineralizado, determinando la disminución o aumento del tamaño radicular, así como el desarrollo de las paredes del conducto.

La técnica para el tratamiento de conducto de dientes permanentes joven (DPJ) varía en función del tiempo y pesquisas realizadas por diferentes autores. La gran mayoría afirma que la mejor opción para el tratamiento endodóntico de estos dientes consiste en estimular la continuación del desarrollo radicular obteniendo el conducto radicular temporaneo con sustancias medicamentosas hasta que se han obtenido condiciones anatómicas que permitan realizar la preparación biomecánica y la obturación adecuada en forma definitiva.

Preparación Biomecánica:

El tratamiento de conducto de DPJ con pulpa necrosada y condiciones anatómicas adversas (ápices abiertos y amplios, o paredes del conducto radicular divergentes en di. sección apical. Esta divergencia de las paredes en forma cónica de la porción apical del conducto radicular impide la preparación biomecánica de manera convencional, imposibilitando así la formación de un «tapa» necesario para el «trabado» del cono de gutapercha.

De este modo, las paredes radiculares, finas y frágiles, con abertura facial de diámetro mayor que el conducto, dificultan la preparación biomecánica, imposibilitándola muchas veces. El uso de limas y ensanchadores de diámetro sucesual es limitado, ya que aún los instrumentos de mayor diámetro quedan libres dentro del conducto. Por otro lado, las paredes delgadas impiden cualquier preparación convencional del conducto

radicular.

Consecuentemente, en la etapa de obturación nos encontramos con problemas. Una vez que la preparación biomecánica adecuada no determina el «tapa apical» para el trabamieto de las cuas de gutapercha, aumentando con frecuencia el riesgo de sobreobturación debido a la no existencia de un impedimento mecánico en la condensación lateral necesario para el sellado apical completo. En estos casos, son frecuentes los extravasamientos y, como sabemos, en el proceso de separación es proporcional a la velocidad de reabsorción del cemento extravasado. Además de esto, la comprobación radiográfica de la obturación en estos casos no es real, en función de la forma elíptica del conducto radicular en sección vestibulo-lingual presentada en DPJ con diagnóstico incompleta.

¿Qué elementos utiliza?

Muchos emplean pastas antisépticas, pastas poliantibióticas, coágulo sanguíneo procesado, foratos tridíctico reabsorbible, gel colágeno de fosfato de calcio y enzimas, o hidróxido de calcio puro o en asociación. Este último permanece en las dos actuales como el material más adecuado para la inducción al cierre radicular. Sus indicaciones como «cuerpo espectador» se deben a su real capacidad de estimular la formación de tejido mineralizado a semejanza de la que ocurre en las pulpas dentarias, después de la proyección pulpar directa en las pulpotomías.

La zona definida como necrosis, procesada por el hidróxido de calcio, es considerada como auto-limfante, estimula la migración y proliferación de células mesoepiteliales y formación de colágeno. Paralelamente, el hidróxido de calcio es considerado como un material compatible con las células pulpares, no tiene efecto potencial sobre proliferación y el crecimiento celular y es inductor de la mineralización apical.

El hidróxido de calcio, como medicación intracconducto, es el que presenta mayor soporte científico. Esta sustancia, usada en 1920 por Herman, ha sido usada en combinación con polietilenoalcol 400 (Pasta Calca) o propilenoalcol, con el

objetivo de mejorar sus condiciones clínicas.

A pesar de las múltiples y simultáneas acciones del hidróxido de calcio que justifican la complejidad de sus reacciones químicas, y también, una identificación en cuanto a su real mecanismo de acción, se sabe que su alcalinidad es consecuencia de la liberación de los iones de Calcio que tanto contribuyen para su acción benéfica sobre los tejidos.

Se debe considerar que la adición de diversas sustancias o vehículos en las pastas de hidróxido de calcio, con la finalidad de conferir menor solubilidad, probablemente altera la liberación de los iones de Calcio e hidroxilo, interfiriendo en la inducción del proceso de mineralización. Es necesario mantener el pH, dado que por su alcalinidad se liberan los iones de calcio, siendo éstos los participantes de todo el proceso de mineralización.

En DPJ con necrosis pulpar, se debe determinar cuidadosamente el ápice radiográfico, simulando a 1 mm. de él cuando el límite del foramen apical está irregular. Si se traslapa este límite, el paciente tiene sensibilidad o puede haber hemorragia; se debe evitar lesionar el área periapical abierta. En estos dientes, el localizador electrónico de ápice no funciona con exactitud, principalmente cuando la apertura apical es superior a 0,5 mm.

La instrumentación se hace con limas juveni con abundante irrigación/aspiración con bipo closto de sodio 1%, ya que no ocasiona efectos indeseables en los tejidos periradiculares.

La herencia apical formada puede ser constatada radiográficamente o a través de la introducción suave de una lima en el interior del conducto radicular, o a través del localizador electrónico de ápice.

Tiempo de Reemplazo:

A pesar de la asociación de hidróxido de calcio con polietileno o con propilenoalcol, mantener el producto por más tiempo en el área deseada, con consecuentes prolongamiento de su acción inductora de calcificación, es necesaria su renovación periódica en el interior del conducto durante el proceso de apicogénesis.

Los cambios de este medicamento deben ser realizados mensualmente, basados en la mantención del pH, en la solubilidad del material y en la liberación de iones de Ca a los tejidos.

Un llamado de... ¡¡ALERTA!!

**Sofíe que tenía una entrevista con Dios, y le pregunté:
¿Qué es lo que más le sorprende de la humanidad?, a lo que Dios respondió:**

"Que pierdan la salud haciendo dinero y que luego pierdan el dinero, tratando de recuperar la salud"

**Luego de meditar sobre tan maravilloso sueño, cabe preguntarse:
¿En qué etapa de nuestra vida profesional nos encontramos?**

Nosotros, como colegas con años de profesión, hemos querido alertar a los profesionales jóvenes que se encuentran en la desenfrenada carrera por lograr dinero y una posición en la sociedad. Ellos no toman en cuenta el costo que significa para sus vidas las horas clínicas al día que debería dedicar para lograrlo, el desgaste físico y mental que involucra el ejercicio de nuestra profesión, y la calidad de servicio que podemos entregar bajo esa presión.

Si meditamos en estos aspectos que deberemos sacrificar, ¿encuentra razonable la publicidad que día a día encontramos en los medios de difusión masiva, como radios y periódicos, en que los colegas se publicitan ofreciendo valores que bien sabemos no pueden cubrir una odontología de calidad medianamente aceptable? ¿Con qué facilidad nos olvidamos del gran esfuerzo que significó, tanto a nosotros como a nuestros padres, la obtención de nuestro título de cirujano dentista?

No estamos ajenos a la realidad económica que estamos viviendo, pero no por eso vamos a permanecer indiferentes frente a lo que está sucediendo con nuestra querida profesión y sobre todo con las consecuencias que traerá todo esto en el futuro. No despreciemos el serio estudio, afectado a conciencia por personas acreditadas, para lograr un arancel "digno" donde se contemplan ítems como gastos operacionales, de perfeccionamiento y otros, con el objetivo de lograr ejecutar una odontología de alto nivel en que se vean beneficiados, bajo el firme convencimiento de que abrazamos una profesión de servicio, pero de servicio a la comunidad, no sólo un grupo reducido de insensibles empresarios.

Estimados colegas, el propósito de este artículo es lograr romper vuestras conciencias para que nos ayuden a poner freno a la lamentable situación que está enfrentando nuestra profesión. Los invitamos a contactarse con nosotros para que nos sugieran ideas, ya que tan sólo como tres colegas con toda la disposición, pero no con una solución.



Dra. Ana María Rodríguez



Dr. Pedro Iglesias G.



Dra. Patricia Romero

e-mail: betel2002@tapatia.com / premierb@hotmail.com fono: 232 5177



por un mundo mejor

Itaca

Cuando sales en el viaje hacia Itaca
deses que el camino sea largo,
pleno de aventuras, pleno de conocimientos.
A los letrados y a los cíclopes,
al irritado Poseidón no temas,
tales cosas en tu ruta nunca hallarás
si élendo se mantiene tu pensamiento,
si una selecta emoción tu espíritu y tu cuerpo embarga.
A los letrados y a los cíclopes,
y al feroz Poseidón no encontrarás
si dentro de tu alma no los llevas,
si tu alma no los sigue delante de ti.

Deses que el camino sea largo.

Que seas muchas las mañanas estivales
en que con calma dices, con calma alegría
entre a puertos nunca vistos.

Detente en mercados fríos y adquire

las bellas mercancías, ámbares y ébanos,
marfiles y corales,
y perfumes voluptuosos de toda clase,
cuanto más abundantes puedas.

Anda a muchas ciudades egipcias
a aprender y aprender de los sabios.

*Siempre en tu pensamiento sea a Itaca,
Regre hasta allí en tu destino.*

Pero no apures tu viaje en absoluto,
mejor que muchos años dures;
y riño ya anles en la isla,
rica en cuanto gaste en el camino,
si esperar que riquezas te dé Itaca.

Itaca te dio el bello viaje,
sin ella no hubieras salido al camino.
Otra cosa no tiene que darte.

Y si pobre la encuentras, Itaca no te la regañado.
Sabía así como Regre a ser con experiencia tanta,
ya habrías comprendido las Itacas que en la que
significan.

La Caja

Llena de Besos

Hace ya un tiempo, un hombre costipó a su
pequeña nita de 3 años, por desperdiciar un
rollo de papel de envoltura dorado.

El dinero era escaso en esos días, por lo que
explotó en furia cuando vio a la nita tratando
de envolver una caja para ponerla debajo de su
árbol de Navidad.

Sin embargo, la nita le llevó el regalo a su
padre la siguiente mañana, y dijo:
«Esto es para ti, papá».

El se sintió avergonzado de su reacción de
furia, pero éste volvió a explotar cuando vio
que la caja estaba vacía. Le valió a gritar,
diciendo: «¿Que no sabes que cuando das un
regalo a alguien se supone que debe haber algo
adentro?»

La pequeña volvió hacia arriba con lágrimas
en los ojos y dijo: «No, papá, no está vacía.

Yo suépl besos adentro de la caja, todos para ti,
papá».

El padre se sintió morir, puso sus brazos
alrededor de su nita y le suplicó que lo
perdonara. Se ha dicho que el hombre guardó
esa caja donde cerca de su cama por años, y
siempre que se sentía desanimado, tomaba de
la caja un beso imaginario y recordaba el amor
que su nita había puesto ahí.

Andrés

*Es una forma muy sencilla
de sentirse*

caliente

de sentirse

humano,

hacerse visible en

un mundo

donde, lejos de

amor

incondicional

y lejos de

muñecas

lujos, poder,

amor,

fuerza y de

Dios.

Nada puede

amor una

propiedad o

posesión más hermosa

que ésta. Valientes el

amor que tenemos...



endoeventos

internacionales

25 - 26 de octubre 2002

III Congreso Internacional de la Asociación
Santanderiana de Endodoncia
Bucaramanga, Colombia

31 octubre al 2 de noviembre 2002

II Congreso Nacional de la Asociación Española
de Endodoncia, Islas Canarias, España

30 de abril al 4 de mayo 2003

Annual Session de la AAE
Tampa - Florida, EE.UU.

3 al 6 de septiembre 2002

IX Congreso de AILAE y IV CORADE
Asunción, Paraguay

nacionales

PROGRAMA SECH AÑO 2002

24 de septiembre

Taller de Casos Clínicos

16 de octubre

Oclusión y Endodoncia

DICANTE:

Dra. Carmen Paz Caballero

20 de noviembre

Sistema de Espiga Multón Adhesivo Estético

DICANTE:

Dr. Ignacio Cifuentes

22 - 23 noviembre 2002

Primer módulo del Curso de Perfeccionamiento
«La Endodoncia Hoy», organizado por la Cátedra
de Endodoncia dependiente
del Departamento de Odontología
de la Universidad de Antofagasta

DICANTE:

Prof. Dr. Juan Hugo Gutiérrez

El segundo módulo del curso se
desarrollará en abril del próximo año

Informaciones:

www.gigoclines.com/endodoncia
endodoncia@123mail.cl

Visite nuestra página Web
www.socendochile.cl

endoweb

WWW



www.iadt-dentaltrauma.org
www.endoruddle.com
www.dentalcolombia.com

www.endoestudios.com
www.endodontics.com
www.lightspeedUSA.com

LIGHTSPEED
 ENDODONTICS

DESCUBRA LAS VENTAJAS DE LA TECNICA LIGHTSPEED/SIMPLIFILL



LightSpeed®

Modelo 4-10-047

Instrumento Rotatorio De Niquel-Titanio

Hoja Cortante Acertada Reduce La
 Fricción Para Alcanzar El Apice
 Rápidamente y Fácilmente

Alta Incrediblemente Flexible Para
 Trastos De Curvas & Fidos

- Sello Apical Superior
- No Hay Engrasamiento
 Por Color

- No Deja Un Transportador
 En El Canal
- La Velocidad Del Corte De
 Otros Sistemas



Modelo 4-20-026

SimpliFill®

CE
 0129

Para Mas Información, Visite Nuestro Portal Internet: www.LightSpeedUSA.com
 o Contáctenos via Correo Electrónico: Info@LightSpeedUSA.com